Commission on the Future of Health Care in Canada

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

POLICY DIALOGUE NO.6

Pharmacare in Canada

McGill University
Montreal, Quebec

SEPTEMBER 9, 2002

The Commission on the Future of Health Care in Canada, in partnership with select Canadian universities, hosted 12 televised policy dialogues on key health care issues. At each session, a moderator guided a panel of leading health care experts in a discussion focussing on a priority health issue for Canadians. These sessions were based on Issue/Survey Papers developed for the Commission by the Canadian Health Services Research Foundation. This report is a synopsis of one of these 12 policy dialogues.

Chair:

Antonia Maioni,
Director, McGill Institute for the Study of Canada

Participants:

Laurier Boucher,
Vice President, Canadian Association of Social Workers

Lucie Chauvette,
Quebec Breast Cancer Network

Robyn Tamblyn,
Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics,
McGill University

Jacques Lelorier,
former President, Conseil consultatif de pharmacologie

Lise Lamotte,
Associate Professor, Department of Health Administration,
Faculty of Medicine, University de Montreal

Yves Millette,
Vice President, Quebec, Canadian Life and Health Insurance Association

The Policy Dialogue opened with a video presentation that provided a brief look at some of the problems Canadians face in accessing essential medications:

"In a public opinion poll released late last year, 86% of Canadians said they believed prescription drugs play an important role in improving the quality of health care. There is no question that prescription drugs have had a radical impact on the lives of countless Canadians: the grandparent who continues to enjoy a fruitful life because of a heart medication; the child who lives into his teens because of breakthroughs in the treatment of cystic fibrosis. Untold deaths are prevented by vaccination and antibiotics. Pain is eased. More normal lives are made possible. Chronic conditions are dealt with. And there is hope that future drug therapies may be just as effective in the treatment of diseases such as cancer and AIDS.

On the other side of the ledger is the continuing rise in the cost of drugs. In fact, spending on drugs is increasing faster than all other health care spending. Between 1985 and 2000, the budget for prescription drugs grew by 344%. It is no wonder, then, that many Canadians are concerned that this may not be sustainable. And that raises questions about who should pay for drugs and how much they should pay. What limits should be imposed on drug therapies, if any? The issues are complex, and so are the factors that influence them.

Access to new drugs is a lengthy and costly process in Canada. Drug companies estimate that development from laboratory research to clinical trials can extend over a decade. Then there is the approval process, by which Health Canada must review all aspects of a new drug to assess whether its benefits outweigh its risks. There is growing pressure now on Health Canada both from within and outside the industry for faster approvals.

But just because a drug has been approved does not necessarily mean all Canadians can use it. Not everyone has insurance to cover the cost. There is a patchwork of plans with different rules and coverage, and 12% of Canadians have no coverage at all. A number of Commissions and studies have urged the government to develop a way to ensure that all Canadians will have drug coverage. Another challenge confronting the government is rising costs. Government drug plans all use some form of cost sharing, whereby individual users bear some of the cost. Many experts are now urging other approaches, and suggest that more can be done to control drug expenditures.

As we consider the future of our national health care system, and the impact of the increasing cost of prescription drugs, these are just some of the factors that must be considered."

The Canadian Health Services Research Foundation produced a background document to guide discussion at the Policy Dialogue towards three main courses of action the Commission could consider in the area of Pharmacare.

Course of action #1
Streamline the regulatory process for approvals for new drugs

Presentation by Laurier Boucher:
I do not think the problems with our current approval system are great enough to warrant the attention this issue receives. At first sight, Canada is certainly slower (up to one year slower in some instances) than other countries in getting drugs to market. It is true that people who are very ill and are waiting for one of these new drugs to be approved may suffer enormously when they know a medication exists that can improve or save their lives. But in these cases, we do have a fast-track program that sees drugs through the approval process in less than 200 days. Patients who have no other options may also be able to access a drug under controlled conditions before it is approved.

Drug companies continue to pressure government to speed up the approval process, and of course it would be possible to increase the human resources at Health Canada. The number of new products awaiting approvals increases every year, while the number of personnel stays the same. But I feel new personnel could be better used in monitoring drugs after they have been approved for market, which would allow us to discover unexpected harmful effects more quickly. We could undoubtedly improve our current system, but there are any number of other problems in our system that I feel require more immediate attention.

Presentation by Lucie Chauvette:
I bring a more personal view to the issue, regarding tamoxifen, a drug used in the treatment of breast cancer. It can in some cases prevent the need for mastectomy. Tamoxifen was approved in Europe and other countries some 10 years before it was approved in Canada. But I do not attribute this exclusively to a lack of personnel at Health Canada. Drug prescriptions are medical and necessary acts, and like all other such acts, reflect the values of a particular society. In parts of Europe, total and partial mastectomy is less acceptable than it is here, an attitude which may have contributed to tamoxifen's faster approval there. We have to be very careful, if we move to work more closely with other countries in the approval of new drugs, that we recognize these cultural differences and differences in values.

Tamoxifen also has serious side effects, which was part of the reason for delays in its approval in Canada. We take the risk as a society if we feel that a drug does more good than harm. However, I think there is room to allow personal decisions as well. If someone is aware of the risks involved, and is willing to take those risks, maybe we should allow them to make that decision for themselves even before society as a whole is ready to.

More importantly on the home front, we need to address the tremendous variability in drug insurance programs across Canada. We cannot really describe our health system as universal as it presently stands.

Panel and audience discussion:
While panelists mostly agreed that the fast track system worked well to ensure that important new drugs reached patients quickly, many felt that greater international cooperation in this area would be highly beneficial. Many asserted that international cooperation on reviews would not have to reduce Canada's autonomy to decide its own policies. Dr. Lelorier raised the problem of the risk-averse culture among Canadian bureaucrats, who felt delays brought greater assurance of safety. There was also agreement on the need for better post-marketing surveillance.

"What bothers me is the idea that Health Canada deliberately delays approval to see what effect a drug has on other people in other countries."
— Jacques Lelorier

Participants clearly felt that not all drugs should be treated equally in terms of approval times. An audience participant with the Canadian Arthritis Alliance felt there really was a problem with delays for important drugs and that these delays were responsible for patient suffering. Dr. Lelorier felt that is was not appropriate to put all drugs on the same waiting list for approval. "Some are clearly more important than others," he said. Mr. Millette said that the private insurance industry was in the process of harmonizing its policies with those of the Quebec government to make certain breakthrough medications available to people, and cover them, before they are officially approved.

Course of action #2
Create a national pharmacare program to pay for prescription drugs

Presentation by Jacques Lelorier:
When only 80% of Canadians have drug insurance, and there are serious restrictions on reimbursement in both private and public systems, we cannot call our health system universal. As drugs become an ever increasingly important part of medicine, it becomes more and more abhorrent that they are not properly covered under our health system.

However, I do not think the solution is a federal system. There are significant differences between provinces in the way they design and manage their formularies and drug insurance plans. These differences are based not on science, but on the priorities, economic means and social makeup of the different provinces.

The drugs we now have available are effective and safe. What drives formulary restrictions are considerations of cost-effectiveness. The main problem here is with utilization, mostly with the way physicians prescribe. An expectation of sub-optimal utilization leads formularies to adopt draconian measures to control the use of drugs, and the result is that sometimes people who could really benefit from a drug cannot access it because of bureaucratic obstacles. These restrictions have a considerable health impact.

We need to experiment with ways of making physicians more conscious of the costs that their prescribing engenders, and of providing better decision support at the moment the prescription is being written. A significant investment in technology is needed to permit this kind of computer-based support, but we know that pamphlets alone are not going to have enough of an impact on physician prescribing practices. We need more computer support at the time of prescribing, and more research on possible interventions among physicians to improve prescribing habits.

Presentation by Robyn Tamblyn:
It is shocking that we pay full price for hospital and physician interventions, but do not cover the cost of a medication even when we know it will prevent someone from going to the ER every second weekend because their asthma has worsened. It does not make sense, in a system based on essential medical services, to not cover one of the basic arms of effective medical treatment. That said, we need to ensure that we are getting value for the money we spend on drugs before we can think of expanding public coverage. The background paper for this Policy Dialogue does not even mention the key issue in this area, which is utilization. We will not get value for our money unless we see fundamental improvements in our ability to prescribe drugs right and prescribe them safe.

We have to ask why the emergency room physician does not have access to information about what drugs a patient has been prescribed. This is now available in BC, and will soon be in Alberta, but not elsewhere in Canada. We also have to ask why 500 women had to die because the alert about the drug they were taking sent via snail mail did not arrive. Incorporating these warnings into an electronic prescription would allow us to act much faster if a drug were in trouble, just as knowing what drugs a patient is taking would allow the ER physician to treat patients much more safely

Why do we not make it easy for people to get the prescription right? We give air traffic controllers systems to keep track of all the planes in the sky. But we have 24,000 drugs out there, each one has two names, and no single physician prescribes all of them: 40% of any

prescriptions a patient in Montreal is taking are coming from other physicians, and of course the most prescriptions are taken by the sickest patients most vulnerable to drug interactions. One in five written prescriptions filled in pharmacies contain an error. Prescription errors in hospitals are the sixth leading cause of death, and half of those deaths are preventable. They are human error.

We can save lives and money by helping physicians prescribe better and giving them the tools they need to do so. We need to make electronic prescriptions legal and set up the system to support them.

Panel and audience discussion:
Most panelists agreed that drugs are an essential part of health care and should therefore be covered universally. The issue was one of equity, but also of changing care practices that see fewer people treated in hospitals where drugs were provided free.

Many thought federal guidelines were needed, perhaps with the CHA expanding to include mention of drugs, but that the system would have to be administered by each province. Mr. Millette suggested a catastrophic drug program to prevent even those with coverage from having to pay unacceptably high costs for drugs. He also favoured the Quebec model of keeping the insurance and social assistance functions of a drug program separate.

> ***"We shouldn't revisit the entire system, but rather use the systems we have to provide the best for our people. We are no longer in the 1970s when we could envision a wall to wall program." — Mr. Millette***

Others felt universal public coverage should be the goal, but that we needed to improve prescribing practices to make this a viable option. Robyn Tamblyn and Jacques Lelorier stressed the need to focus immediately on utilization, for both safety and cost reasons. However, Mr. Millette recalled the resistance to information sharing evident when Quebec attempted to introduce smart card technology last year. Similar resistance was encountered in the Quebec Breast Cancer Network, according to Mme. Chauvette.

Course of action #3
How do we deal with the rising cost of drugs?

Presentation by Lise Lamothe:
The debate about drugs costs tends to focus on how costs are shared between the consumer and the government. But this really represents just the end of the line and we must look for places further up the chain where we might influence costs. There are three reasons for the recent increase in drug expenditures: More people are consuming medication, more medications are being consumed, and the average price of drugs is increasing steadily. In the Quebec drug program, 30% of spending increases derived from higher drug prices, while the rest was attributed to increased utilization.

Obviously utilization needs to be controlled, and there are a number of areas where we could take action. We can control the rate at which new medications (especially the me-too drugs which do not represent significant therapeutic advances) are approved, we can address the rapid adoption of these products, we can look at price setting, and we can address advertising. There is significant pressure on the government right now to ease its restrictions on advertising. Faster introduction is encouraged by patients, but also by the tendency among doctors to prescribe new products, even when there is little information about how much better these new products really are.

A system to monitor utilization, better distribution of practice guidelines to physicians, and a greater focus on disease management would help improve utilization and prescribing habits. At present, we know very little about how drugs work in every day life, something which is especially important in chronic diseases. Disease management programs would allow us to track the effectiveness of drugs taken in the community on an ongoing basis.

We need a global strategy to address drug expenditures that ties into a better integration of care. We cannot talk about drug expenditures in isolation. We need to reintegrate drugs as an integral part of an ambulatory-care centred health care system.

Presentation by Yves Millette:
The publicly funded premium in the Quebec drug program has had to be increased several times to reflect increasing costs. Whether these increases are a positive or negative development is something we will not know until we are able to assess the impact of a drug on the health of the population and on use of other health care services. The Quebec program will increase the number of utilization reviews performed, a process that will include private insurers, and will recommend measures that can be taken to improve utilization.

The Quebec drug program distinguishes between insurance and assistance. Premiums can go up to reflect increasing costs, and social assistance for those who cannot afford drug premiums is provided fiscally. This is a more effective strategy than targeting prices from drug companies where we have little room to manoeuvre, or by imposing reference-based pricing that only marginally affects costs but can impede access by those who need a particular drug.

The increase in drug costs is not tied to the aging population today, but this could change with the aging of the boomer generation. Drug consumption starts to increase after age 45. Not only do seniors use more drugs, but they also cease to contribute to the costs of their drugs in most provinces. There may be some rationale for getting better off seniors to pay a portion of their drug costs, and reducing the burden on public financing. Universal first-dollar coverage is likely utopian, but we should consider the recommendation of the Clair report for an old-age

insurance that could cover not just drugs but other services we may need as we get older.

Panel and audience discussion:
Dr. Lelorier cautioned the need to distinguish between costs and price. "Canada has subsidiaries of multinational pharmaceutical companies," he said, "and we already have much lower prices than the US and many other European countries. The Canadian subsidiary cannot lower the price below a certain level because Canada represents only about 0.5% of the world market, and the mother company could say it's not worth the bother to sell it at such a low price for such a small market." In his opinion, the capacity to negotiate lower prices has been pushed about as far as it can go.

Dr. Tamblyn reiterated the need to focus on utilization in order to control costs: "Formularies are a problem because all drugs are essential when used for the right indication by the right person at the right dose, in the right way. If these four criteria are not met, no drug will bring value for money. We should focus on trying to help people get it right, by using pharmacists better and equipping doctors to make better prescription choices. We have to tackle the utilization issues without harming people through blanket restrictions. Costs can be reduced through measures such as electronic prescriptions. We must work first to get it safe, then ensure that the people who get the drug need the drug."

> ***"An expensive medication can be an investment, not just a cost, allowing people to keep working, and minimize side effects, etc." — Lise Lamothe***

Some panelists expressed surprise at the idea that doctors are not necessarily equipped to prescribe the best drug. Dr. Lelorier reported that Montreal's four faculties of medicine have reduced the amount of time students spend in pharmacology by 75%, and that doctors find it increasingly difficult to sift through all the information they receive. Neither do they consider it their responsibility to prescribe a lower cost alternative that would work just as well as a very expensive drug. They feel their responsibility is to the individual patient. He considered Dr. Tamblyn's suggestion of providing information at the time the prescription is written as the only viable solution.

While panelists insisted that drug costs could not be looked at in isolation from the broader health care system, they also felt that measures should be taken to control costs as well as possible within the drug bubble. Dr. Tamblyn felt that federal legislation in the areas of patent law and industry had an important effect on provincial health care programs, in a sense downloading costs for the provinces to deal with. "The latest report from the PMPRB says 63% of drugs in use are under patent protection, up from 49% 10 years ago," Dr. Tamblyn pointed out.

> ***"Health pays for cutbacks in many other areas of government and we have no mechanisms for policy-impact reviews to assess this impact. The structure for making that happen a priori needs to be established. This did not happen in patent protection policy and now the costs are ending up in health." — Robyn Tamblyn***

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

DIALOGUE SUR LES POLITIQUES N° 6

L'assurance-médicaments au Canada

L' Université McGill
Montréal (Québec)

LE 9 SEPTEMBRE 2002

La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, en partenariat avec de grandes universités canadiennes, a organisé 12 dialogues télévisés portant sur les politiques en matière de santé et adressant des enjeux clefs liés aux soins de santé. Au cours de chaque session, un modérateur a guidé des experts du domaine de la santé dans une discussion autour d'un enjeu de la santé prioritaire pour les Canadiens. Ces dialogues se basaient initialement sur des documents d'information / de sondage, rédigés pour la Commission par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Le présent rapport résume l'un de ces 12 dialogues portant sur les politiques en matière de soins de santé.

Présidente :

Antonia Maioni,
directrice, Institut d'études canadiennes de McGill

Participants :

Laurier Boucher,
vice-président, Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux

Lucie Chauvette,
Le réseau québécois d'échange de renseignements sur le cancer du sein

Robyn Tamblyn,
professeur agrégé, Département d'épidémiologie et de biostatistique, Université McGill.

Jacques Lelorier,
président sortant, Conseil consultatif de pharmacologie

Lise Lamotte,
professeure agrégée, Département de l'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal

Yves Millette,
vice-président, Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, Québec

Le dialogue sur les politiques a commencé par la présentation d'une vidéo donnant un aperçu de certains problèmes que vivent les Canadiens lorsque vient le temps d'avoir accès à des médicaments essentiels.

« Un sondage d'opinion publique publié l'an dernier indique que 86 p. 100 des Canadiens croient que les médicaments d'ordonnance jouent un rôle important dans l'amélioration de la qualité des soins de santé. Il ne fait aucun doute que les médicaments d'ordonnance ont eu un impact considérable sur la vie de nombreux Canadiens : les grands-parents qui continuent à profiter de la vie grâce à un médicament pour le cœur; l'enfant qui atteint l'adolescence grâce aux percées réalisées dans le traitement de la fibrose kystique. D'innombrables décès sont évités grâce aux vaccins et aux antibiotiques. On soulage la douleur. Il est possible de vivre une vie plus normale. On traite des maladies chroniques et on espère que la pharmacothérapie de l'avenir pourra être tout aussi efficace pour traiter des maladies comme le cancer et le SIDA.

L'envers de la médaille, c'est que les coûts des médicaments ne cessent d'augmenter. En fait, les dépenses consacrées aux médicaments augmentent plus vite que toutes les autres dépenses consacrées aux soins de santé. Entre 1985 et 2000, le budget des médicaments d'ordonnance a augmenté de 344 p. 100. Il n'est donc guère étonnant que de nombreux Canadiens s'interrogent sur la viabilité du programme. On se demande alors qui devrait payer pour les médicaments et combien on devrait payer. Quelles sont les limites qu'on devrait imposer à la pharmacothérapie, s'il y a lieu? Les questions sont complexes, ainsi que les facteurs qui les influencent.

Au Canada, accéder à de nouveaux médicaments se veut un processus long et coûteux. Les compagnies pharmaceutiques estiment que, entre la recherche en laboratoire et les essais cliniques, le développement peut prendre plus de dix ans. Il y a ensuite le processus d'approbation au cours duquel Santé Canada doit étudier tous les aspects d'un nouveau médicament afin d'évaluer si les avantages l'emportent sur les risques. Santé Canada subit actuellement de plus en plus de pressions, autant de l'intérieur que de l'extérieur de l'industrie, afin d'accélérer le processus d'approbation.

Le fait qu'un médicament soit approuvé ne signifie pas pour autant que tous les Canadiens peuvent l'utiliser. Tous ne possèdent pas une assurance pour en couvrir le coût. Il existe un ensemble de régimes disparates dont les couvertures et les règlements diffèrent, et 12 p. 100 des Canadiens ne possèdent aucune couverture. Un certain nombre de commissions et d'études ont réclamé que le gouvernement prenne les moyens pour s'assurer que tous les Canadiens possèdent une assurance-médicaments. L'augmentation des coûts constitue un autre défi auquel le gouvernement doit faire face. Les assurances-médicaments gouvernementales sont toutes, jusqu'à un certain point, à coûts partagés, et les utilisateurs individuels assument une partie des coûts. De nombreux experts réclament maintenant d'autres méthodes et prétendent qu'on pourrait en faire davantage pour contenir les dépenses relatives aux médicaments.

« Au moment où s'amorce la réflexion sur l'avenir de notre système de soins de santé national et sur l'impact de l'augmentation des coûts des médicaments d'ordonnance, ce ne sont que quelques-uns des facteurs que nous devons prendre en considération. »

La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) a élaboré un document d'information pour orienter la discussion vers trois axes d'action principaux lors du dialogue sur les politiques que la Commission pourrait envisager dans le domaine de l'assurance-médicaments.

Piste d'action n° 1
Rationaliser le processus de réglementation de l'approbation des nouveaux médicaments

Présentation de Laurier Boucher :
Je ne crois pas que les problèmes liés au système d'approbation actuel soient suffisamment graves pour justifier toute l'attention que l'on accorde à cette question. À première vue, il ne fait pas de doute que le Canada est plus lent (une différence d'un an dans certain cas) que les autres pays pour mettre de nouveaux médicaments sur le marché. Il est vrai que les gens qui sont très malades et qui attendent que l'un de ces nouveaux médicaments soit approuvé doivent souffrir énormément tout en sachant qu'il existe un médicament lequel pourrait améliorer leur qualité de vie ou même leur sauver la vie. Il existe toutefois en pareil cas une procédure accélérée qui permet d'approuver la mise en marché d'un nouveau médicament en moins de 200 jours. Dans le cas des patients qui n'ont pas d'autres options, des nouveaux médicaments peuvent être mis à l'essai dans des conditions contrôlées avant qu'ils ne puissent faire l'objet d'une approbation.

Les sociétés pharmaceutiques continuent à faire pression sur le gouvernement afin que le processus d'approbation des médicaments soit accéléré. Bien sûr, il serait possible d'accroître les ressources humaines de Santé Canada, car le nombre de nouveaux médicaments augmente chaque année tandis que les effectifs demeurent les mêmes. Il me semble toutefois que nous serions mieux avisés d'affecter le nouveau personnel à la surveillance des médicaments une fois que ceux-ci auront été approuvés, ce qui nous permettrait de découvrir plus rapidement les effets secondaires imprévus qui pourraient s'avérer néfastes. Nous pourrions certes améliorer le système d'approbation actuel, mais le fait est que notre système de santé fait face à bien d'autres problèmes qui, selon moi, mériteraient une attention beaucoup plus immédiate.

Présentation de Lucie Chauvette :
Je vais présenter un point de vue beaucoup plus personnel sur le sujet, soit en abordant la question du tamoxifène, un médicament utilisé pour traiter le cancer du sein. Dans certains cas, ce médicament permet d'éviter à des femmes la nécessité d'avoir à subir une mastectomie. Le tamoxifène a été approuvé en Europe et dans d'autres pays du monde une dizaine d'années avant d'être approuvé au Canada. Cependant, je ne crois pas que seule la pénurie de personnel à Santé Canada suffise pour expliquer cette situation. Délivrer des médicaments sur ordonnance est un acte médical nécessaire et, comme dans le cas de tous les autres actes que l'on pose, cela se veut un reflet des valeurs défendues par une société particulière. Dans certaines parties de l'Europe, la mastectomie, fusse-t-elle simple ou radicale, est une solution qui est beaucoup moins acceptée qu'elle ne l'est au Canada, une attitude qui pourrait bien avoir eu une incidence sur l'approbation plus rapide du tamoxifène dans cette partie du monde. Si nous voulons collaborer plus étroitement avec d'autres pays afin dans le but d'accélérer le processus d'approbation des nouveaux médicaments, nous devons prendre bien garde de reconnaître les différences qui existent sur le plan culturel ainsi que les valeurs qui diffèrent des nôtres.

Il convient d'ajouter que le tamoxifène a de graves effets secondaires, et c'est d'ailleurs ce qui explique en partie pourquoi le processus d'approbation de ce médicament a accusé un tel

retard au Canada. En tant que société, nous devons prendre des risques lorsque nous lançons un nouveau médicament sur le marché si nous estimons qu'il est plus susceptible de faire du bien que d'avoir des effets néfastes. Cela dit, je pense que nous devrions également accorder aux gens le droit de prendre des décisions personnelles à cet égard. Si une personne est consciente du danger que présente un certain médicament et qu'elle accepte malgré tout de courir un tel risque, je crois que nous devrions lui laisser le soin de faire ses propres choix à cet égard, même si la société n'est pas prête à prendre ce genre de décisions.

Plus important encore, il est primordial que le Canada se penche sur la question de la très grande variété de programmes de médicaments qui existent actuellement d'un bout à l'autre du pays. Il est difficile de qualifier notre système de santé d'universel dans l'état actuel des choses.

Discussion entre le groupe d'experts et l'auditoire :
Bien que la plupart des experts aient reconnu que le système de traitement accéléré fonctionne bien et que les patients peuvent avoir rapidement accès aux nouveaux médicaments importants, bon nombre d'entre eux estimaient toutefois qu'une plus grande collaboration à l'échelle internationale dans ce domaine aurait des conséquences extrêmement bénéfiques. Bien des experts ont affirmé que la coopération internationale pour ce qui est de l'examen des nouveaux médicaments ne réduirait en rien l'autonomie du Canada qui pourra continuer à décider de ses propres politiques. Le D[r] Lelorier a soulevé le problème de l'aversion du risque caractéristique de la culture des bureaucrates canadiens, lesquels estiment que les délais impartis permettaient d'assurer une plus grande assurance sur le plan de l'innocuité des médicaments. Les experts s'entendaient également sur la nécessité d'exercer une surveillance accrue après la mise en marché.

> ***« Ce qui me dérange, c'est l'idée que Santé Canada retarde délibérément le processus d'approbation afin de voir quels effets secondaires aura un médicament sur des personnes d'autres pays. »***
> ***— Jacques Lelorier***

Les participants étaient clairement d'avis que les médicaments ne devaient pas tous être traités sur un même pied d'égalité pour ce qui est des délais d'approbation. Un participant membre de l'Alliance canadienne des arthritiques a reconnu que les délais posaient un réel problème, en signalant que certains patients éprouvaient des douleurs qui ne pouvaient être soulagées au moyen de nouvelles drogues importantes en raison de ces périodes d'attente. Le D[r] Lelorier a contesté la pertinence de mettre toutes les drogues sur la même liste d'attente en vue de l'approbation : « Certains médicaments sont beaucoup plus importants que d'autres, a-t-il déclaré ». M. Millette a dit que le secteur privé des assurances était en train d'harmoniser ses politiques avec celles du gouvernement du Québec en vue de s'assurer que certains médicaments révolutionnaires seront mis à la disposition des gens et pour faire en sorte qu'ils soient couverts avant même d'être officiellement approuvés.

Piste d'action n° 2
Instauration d'un programme d'assurance-médicaments national pour payer les médicaments d'ordonnance

Présentation de Jacques Lelorier :
Nous ne pouvons pas qualifier notre système de santé d'universel alors que seulement 80 % des Canadiens possèdent une assurance-médicaments et que le remboursement des médicaments est assorti de restrictions très sévères, tant dans le cadre des régimes publics que dans celui des régimes privés. Plus les médicaments deviennent une partie importante de la médecine, plus il devient inconcevable qu'ils ne soient pas couverts de façon adéquate par notre système de santé.

Cependant, je ne crois pas que la solution soit l'instauration d'un programme à l'échelle nationale. Il existe des écarts importants entre les provinces au chapitre de la conception et de l'inscription des médicaments aux formulaires, ainsi que sur le plan de la gestion des régimes d'assurance-médicaments. Ces différences ne sont pas fondées sur des considérations scientifiques, mais elles découlent des priorités, des ressources économiques et des caractéristiques sociales particulières à chacune des provinces.

Les médicaments actuellement disponibles sur le marché sont sûrs et efficaces. Les provinces ont fondé leurs décisions en matière de restrictions au formulaire sur des considérations liées au rapport coût-efficacité. Le principal problème découle de l'utilisation, principalement en ce qui concerne la façon dont les médecins prescrivent les médicaments. Comme on s'attend à une utilisation sous-optimale des médicaments, des mesures draconiennes sont incluses dans les formulaires afin d'en contrôler l'utilisation. Ainsi, des personnes qui pourraient réellement bénéficier d'un médicament donné peuvent parfois ne pas y avoir accès en raison d'obstacles bureaucratiques. Ces restrictions ont une incidence considérable sur la santé.

Nous devons trouver de nouvelles façons de conscientiser davantage les médecins en ce qui concerne les coûts engendrés par les médicaments qu'ils prescrivent et leur offrir un meilleur système d'appui à la prise de décisions au moment de rédiger l'ordonnance. Il est nécessaire d'investir de façon substantielle dans la technologie en vue de favoriser la mise en œuvre de ce genre de support informatique, mais nous savons pertinemment que la publication de brochures ne sera pas une mesure suffisante pour modifier les pratiques de prescription des médecins. Si on veut modifier les habitudes de prescription des médecins, il faudrait que ces derniers puissent bénéficier d'un meilleur appui informatisé au moment de prescrire des médicaments et il faudrait également faciliter les mécanismes de recherche auprès d'autres médecins afin de leur permettre d'examiner d'autres interventions possibles.

Présentation de Robyn Tamblyn :
Il est scandaleux de penser que nous sommes prêts à payer le plein prix pour des interventions dans les hôpitaux et chez le médecin, alors que nous refusons de couvrir le coût d'un médicament donné même en sachant que s'il était prescrit à une personne qui souffre d'asthme, celle-ci n'aurait plus à se rendre deux fois par semaine dans une salle d'urgence parce que son cas s'est aggravé. Cela n'a absolument aucun sens, au sein d'un système qui garantit l'accès aux services médicaux essentiels, de ne pas couvrir l'un des principaux outils qui permettrait de garantir la prestation de traitements médicaux efficaces. Cela dit, nous devons nous assurer d'avoir un bon rapport qualité-prix lorsque nous dépensons pour des médicaments, avant même d'envisager de les offrir dans le cadre du régime public. Le document d'information servant au présent dialogue sur les politiques ne fait même pas mention de la question clé dans ce dossier,

soit celle de l'utilisation. Nous n'obtiendrons jamais un bon rapport qualité-prix à moins d'apporter des améliorations fondamentales sur le plan de notre capacité de prescrire les bons médicaments tout en nous assurant qu'ils sont sans danger.

Il faut se demander pourquoi les médecins qui sont de garde dans les salles d'urgence ne peuvent pas avoir accès aux renseignements concernant les médicaments qui ont déjà été prescrits aux patients à qui ils dispensent des soins. Les médecins de la Colombie-Britannique ont accès à ce type d'information et les médecins de l'Alberta y auront accès sous peu, alors que ce n'est pas le cas dans les autres provinces. Nous devons également nous interroger à savoir pour quelle raison 500 femmes ont perdu la vie parce qu'elles n'avaient pas reçu en temps opportun l'alerte lancée par le courrier postal traditionnel au sujet des risques que posait le médicament qui leur avait été prescrit. Le fait d'inclure ce genre de mises en garde portant sur les médicaments dans les ordonnances rédigées par le truchement de prescriptions établies par voie électronique nous permettrait d'agir beaucoup plus rapidement si des problèmes venaient qu'à surgir, tout comme le fait de pouvoir obtenir des renseignements sur les médicaments prescrits aux patients permettrait aux médecins des salles d'urgence de les soigner de façon beaucoup plus sécuritaire.

Pourquoi ne permettons-nous pas aux gens d'obtenir une prescription appropriée? Nous mettons pourtant à la disposition des contrôleurs aériens les systèmes dont ils ont besoin pour suivre l'évolution de tous les avions qui circulent dans le ciel. Pourtant, plus de 24 000 médicaments circulent librement, chacun ayant deux noms, et ce n'est jamais le même médecin qui les prescrit : 40 % des médicaments d'ordonnance que prennent des patients à Montréal sont prescrits par des médecins différents et, bien entendu, la plupart de ces médicaments sont consommés par les personnes les plus malades, celles qui sont les plus susceptibles de subir les effets indésirables de certains médicaments qui sont en interaction avec d'autres médicaments. Parmi les ordonnances exécutées par les pharmaciens, une sur cinq comprend des erreurs. Les erreurs de prescription sont la sixième plus importante cause de décès dans les hôpitaux; la moitié de ces décès pourraient être évités, car ils sont le fait d'erreurs humaines.

Nous pouvons sauver des vies et économiser de l'argent en facilitant le processus pour les médecins qui doivent prescrire des médicaments d'ordonnance et en leur donnant les outils dont ils ont besoin pour y parvenir. Nous devons légaliser les prescriptions électroniques et mettre en place un système qui facilitera ce processus.

Discussion entre le groupe d'experts et l'auditoire

La plupart des experts ont convenu que les médicaments sont une partie intégrante de notre système de santé et sont d'avis qu'il faudrait les intégrer dans un régime d'assurance-médicaments universel. Il s'agit bien sûr d'une question d'équité, mais il faudrait également changer les pratiques en matière de soins de santé afin de réduire le nombre de patients qui se font soigner dans les hôpitaux parce que les médicaments sont gratuits.

Les experts étaient nombreux à estimer que le gouvernement fédéral devrait établir des lignes directrices, en élargissant peut-être la portée de la Loi canadienne sur la santé (LCS) afin d'y inclure des dispositions relatives aux médicaments, dans le cadre d'un système qui serait administré par les provinces. M. Millette a proposé la mise sur pied d'un programme de médicaments qui offrirait aux personnes qui doivent payer des coûts exceptionnellement élevés ou catastrophiques pour des médicaments l'accès à une bonne couverture. Il s'est également prononcé en faveur du modèle québécois qui consiste à séparer les fonctions d'un programme de médicaments liées à l'assurance de celles qui ont trait à l'aide sociale.

> ***« Il n'est pas nécessaire de revoir l'ensemble du système, nous devrions plutôt tirer profit des systèmes déjà en place en vue d'offrir les meilleurs services possibles à la population. Nous ne sommes plus dans les années 70 où il était permis d'envisager la mise sur pied d'un programme mur-à-mur. » — M. Millette***

Certains ont estimé que la prise en charge universelle des médicaments devrait être l'objectif à atteindre, mais qu'il faudrait également améliorer les pratiques en matière de prescription dans le but de rendre cette option viable. Robyn Tamblyn et Jacques Lelorier ont insisté sur la nécessité immédiate de mettre l'accent sur l'utilisation pour des raisons de sécurité et de coût. Cependant, M. Millette a rappelé à quel point on avait opposé de la résistance au projet du Québec qui voulait introduire la technologie des cartes à puce pour favoriser le partage des renseignements médicaux. Selon Mme Chauvette, le réseau d'échange d'information du Québec sur le cancer du sein s'est également heurté à beaucoup de résistance.

Piste d'action n° 3
Comment remédier à la situation de l'augmentation des coûts des médicaments?

Présentation de Lise Lamothe :
Le débat sur les coûts des médicaments a tendance à porter sur la façon dont les coûts sont partagés entre les clients et le gouvernement. En fait, ce n'est là qu'un aspect du problème et nous devons examiner plusieurs pistes de solution si nous voulons avoir l'occasion d'influer sur les coûts. Il y a trois raisons qui expliquent la récente augmentation des dépenses consacrées aux médicaments : un nombre croissant de personnes ont besoin de prendre des médicaments, de plus en plus de médicaments sont prescrits et le prix moyen des médicaments ne cesse d'augmenter. Au Québec, la hausse des prix des médicaments explique seulement 30 % des augmentations des dépenses du programme de médicaments; le 70 % qui reste est attribuable à l'utilisation accrue des médicaments prescrits.

De toute évidence, il est nécessaire d'exercer un certain contrôle sur l'utilisation des médicaments. Nous pouvons intervenir dans plusieurs domaines en prenant des mesures très précises : en simplifiant par exemple le processus d'approbation réglementaire des nouveaux médicaments (particulièrement les succédanés qui ne représentent pas un très grand progrès de la médecine), en accélérant la mise sur le marché des nouveaux produits pharmaceutiques, en examinant le mécanisme de fixation des prix ou en levant l'interdiction sur la publicité des médicaments prescrits. De fortes pressions sont exercées sur le gouvernement pour qu'il allège les restrictions actuelles en matière de publicité. Les patients souhaitent que la mise sur le marché de nouveaux médicaments soit accélérée, mais la tendance qu'ont actuellement les médecins à prescrire de nouveaux médicaments, même s'ils ne disposent que de très peu de renseignements sur les mérites de ces nouveaux produits, favorise également leur introduction rapide sur le marché. La mise en place d'un système qui permettrait de contrôler l'utilisation des médicaments, une meilleure connaissance parmi les médecins des lignes directrices pour la pratique clinique et une attention plus grande accordée à la gestion de la maladie sont des mesures qui permettraient de favoriser une meilleure utilisation des médicaments, ainsi que des habitudes de prescription plus appropriées. À l'heure actuelle, nous ne savons pas grand chose sur les répercussions qu'ont les médicaments sur la vie de tous les jours, une question qui revêt une importance particulière dans le cas des maladies chroniques. La mise sur pied de programmes de gestion des maladies nous permettrait d'évaluer et de contrôler l'efficacité des médicaments que doivent se procurer régulièrement les gens de la collectivité dont la santé l'exige.

Nous devons mettre en œuvre une stratégie globale qui viserait à faire en sorte que les dépenses consacrées aux médicaments puissent favoriser une meilleure intégration des services de soins de santé. Cependant, nous ne pouvons pas aborder la question des dépenses relatives à la santé de façon isolée. Nous devons faire en sorte que les médicaments deviennent une partie intégrante d'un système de soins de santé qui serait axé sur le virage ambulatoire.

Présentation d'Yves Millette :
Au Québec, les primes du programme d'assurance-médicaments qui sont financées à même les deniers publics ont dû être augmentées à plusieurs reprises afin de pouvoir tenir compte de la hausse des coûts. Il nous sera impossible de déterminer si ces augmentations auront des répercussions négatives ou positives tant que nous ne serons pas en mesure d'évaluer les effets des médicaments sur la santé de la population, ainsi que leur incidence sur le niveau d'utilisation

des autres services de soins de santé. Le programme québécois prévoit augmenter le nombre d'examens portant sur l'utilisation des médicaments dans le cadre d'un processus engageant la participation d'assureurs privés. On formulera par la suite des recommandations concernant les mesures à prendre pour obtenir une amélioration à cet égard.

Le programme d'assurance-médicaments du Québec fait une distinction entre les programmes d'assurance et les programmes d'assistance. Les primes peuvent augmenter en fonction de la hausse des coûts des médicaments et, dans le cas des personnes qui vivent de l'aide sociale et qui ne peuvent se permettre de payer des médicaments, les cotisations sont financées par l'État. Cette stratégie s'avère beaucoup plus efficace que celle qui consiste à établir le coût en fonction des prix-cibles des compagnies pharmaceutiques, ce qui laisse une marge de manœuvre bien mince, ou qui consiste à établir le coût en fonction du produit de référence, une stratégie qui a une faible incidence sur les coûts des médicaments mais qui risque d'empêcher les personnes ayant besoin d'un médicament particulier d'y avoir accès.

La hausse des coûts des médicaments n'est pas encore due au vieillissement de la population, mais cela ne saurait tarder compte tenu de l'impact qu'aura la génération vieillissante du baby-boom sur le système de soins de santé. La consommation de médicaments commence à augmenter après l'âge de 45 ans. Non seulement les personnes âgées consomment-elles davantage de médicaments prescrits, mais elles cessent en outre de payer pour les médicaments qui leur sont prescrits dans la plupart des provinces. Il serait peut-être justifié de mettre les personnes âgées plus aisées à contribution, afin qu'elles puissent participer aux coûts de leurs médicaments, ce qui permettrait de réduire le fardeau de la participation du secteur public aux dépenses de santé. Une couverture universelle au premier dollar est une initiative qui peut paraître quelque peu utopique, mais nous devrions tout de même examiner la recommandation formulée dans le rapport de la Commission Clair en ce qui concerne un fonds de perte d'autonomie spécial pour les personnes âgées, lequel couvrirait non seulement les médicaments mais également les services dont elles pourraient avoir besoin en vieillissant.

Discussion entre le groupe d'experts et l'auditoire :

Le D[r] Lelorier a souligné l'importance de bien faire la distinction entre les coûts et les prix. « De grandes sociétés pharmaceutiques multinationales ont des filiales au Canada, a-t-il déclaré, et les prix des médicaments sont déjà considérablement moins élevés ici qu'ils ne le sont aux États-Unis et dans bon nombre de pays de l'Europe. Une filiale canadienne ne peut faire baisser les prix d'un produit pharmaceutique en deçà d'un certain seuil, puisque le Canada ne représente que 0,5 % du marché international et que la société mère pourrait faire valoir qu'il ne vaut pas la peine de vendre ce produit à un prix si bas sur un marché aussi limité. » Selon le D[r] Lelorier, on est allé aussi loin qu'on pouvait le faire au chapitre de la capacité de négocier des prix à la baisse.

Le D[r] Tamblyn a reparlé de la nécessité de mettre l'accent sur l'utilisation des médicaments comme mécanisme de contrôle des coûts. « La question des formulaires pose problème puisque tous les médicaments sont jugés comme étant de la catégorie des médicaments essentiels lorsqu'ils sont utilisés selon les bonnes indications, par la bonne personne, selon la posologie indiquée et lorsqu'ils sont administrés de la bonne manière. Si ces quatre critères ne sont pas respectés, aucun médicament ne permettra d'atteindre un bon rapport qualité-prix. Notre objectif doit consister à essayer d'aider les gens pour qu'ils puissent procéder de la bonne manière, en les incitant à utiliser au mieux les services des pharmaciens et en fournissant aux médecins les outils dont ils ont besoin pour faire des choix plus éclairés lorsqu'ils établissement

leurs prescriptions. Nous devons nous attaquer à la question des mesures de contrôle de l'utilisation sans pour autant nuire aux clients en leur imposant des restrictions générales. Il est possible de réduire les coûts en adoptant des mesures comme la prescription de médicaments par voie électronique. Nous devons d'abord nous préoccuper de la sécurité du processus, puis nous assurer ensuite que les personnes à qui sont prescrits les médicaments en ont réellement besoin. »

> ***« Un médicament onéreux peut représenter autre chose qu'un coût, il peut s'avérer un bon investissement s'il permet aux gens de poursuivre leurs activités professionnelles, s'il permet de réduire les effets secondaires, etc. » — Lise Lamothe***

Certains experts se sont dits surpris à l'idée que les médecins n'avaient pas nécessairement tous à leur disposition les outils nécessaires pour prescrire les médicaments les plus appropriés. Le D[r] Lelorier a signalé que dans les quatre facultés de médecine de Montréal, on avait réduit de 75 % le nombre d'heures que les étudiants devaient passer en pharmacologie, et il a ajouté que les médecins éprouvent de plus en plus de difficulté à dépouiller toutes les informations qui leur sont communiquées. Par ailleurs, ces derniers ne se sentent pas tenus de prescrire un médicament plutôt qu'un autre qui, tout en étant de faible coût, serait aussi efficace qu'un médicament au coût exceptionnellement élevé. Ils affirment se sentir responsables d'abord et avant tout envers leurs patients. Le D[r] Lelorier a considéré que la suggestion du D[r] Tamblyn selon laquelle l'information devrait être communiquée au moment de rédiger l'ordonnance était la seule solution viable.

Bien que les experts aient insisté pour dire que la question des coûts des médicaments ne devrait pas être traitée de façon isolée, soit en dehors du cadre du système de soins de santé, ils ont tout de même reconnu la nécessité de prendre les mesures qui s'imposent en vue d'assurer le meilleur contrôle possible sur les coûts des médicaments. Le D[r] Tamblyn était d'avis que les modifications apportées à la loi fédérale sur les brevets et à la politique industrielle avaient eu une énorme incidence sur les programmes de soins de santé des provinces, puisque cela avait permis de refiler ces coûts aux provinces. « Selon le dernier rapport du CEPMB, 63 % des médicaments qui se trouvent actuellement sur le marché sont protégés en vertu d'un brevet, comparativement à 49 % il y a 10 ans », a fait remarquer le D[r] Tamblyn.

> ***« Subissant le contrecoup des réductions budgétaires imposées dans bien d'autres secteurs du gouvernement, le secteur de la santé ne dispose d'aucun mécanisme pour effectuer des études sur les répercussions des nouvelles politiques. Il faut prévoir l'établissement d'une structure qui permettrait d'effectuer ce genre d'études à priori. Aucune mesure à cet effet n'a été prise lors de la modification des politiques en matière de brevets et les coûts que cela a entraînés sont absorbés par le secteur de la santé. » — Robyn Tamblyn***